



DATOS ESTUDIANTE

Apellido/s:		Nombre/s:	
Fecha de Nacimiento: / /			
¿Posee DNI argentino? ☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite			
☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite ☐ NO posee DNI argentino			
Si respondió SI, indique número de DNI argentino:		CUIL: - -	
Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO			
¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: N°: ☐ NO			
Identidad de género: ☐ Mujer ☐ Mujer trans / travesti ☐ Varón ☐ Varón trans / masculinidad trans			
☐ No binario ☐ Otra ☐ No desea responder			
Lugar de nacimiento: ☐ En Argentina ☐ En el extranjero		Nacionalidad:	
Solo para quienes marcaron Argentina: Provincia: ☐ Buenos Aires ☐ Otra (especificar):			
Solo para quienes marcaron Buenos Aires: Distrito:		Localidad:	
DOMICILIO Calle: N°: Piso: Torre: Depto:			
Entre calle:		y calle: Otro dato:	
Provincia:		Distrito: Localidad:	
Teléfono: (cód. área:)		Teléfono celular: (cód. área:)	

OTROS DATOS

Hermanas o hermanos: ☐ SI Cantidad: Cantidad que asiste a este establecimiento:	
☐ NO tiene hermanas o hermanos	
¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar? ☐ SI ☐ NO	
En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s: ☐ SI ☐ NO Otra/s lengua/s: ☐ SI ☐ NO	
¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios? ☐ SI ☐ NO	
Percibe: Asignación Universal por Hijo (AUH): ☐ SI ☐ NO Progresar: ☐ SI ☐ NO	
Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)	
☐ A pie/Bicicleta ☐ Transporte escolar DGCyE ☐ Colectivo ☐ Tren ☐ Vehículo particular ☐ Taxi/Remis ☐ Otro	
Contestan estudiantes de 14 años y más:	
¿Tiene hijas o hijos menores de 3 años? ☐ SI ☐ NO ¿Asisten a una sala del Proyecto de Salas Maternales? ☐ SI ☐ NO	

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Posee obra social? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: Obra social:	N° Afiliado:
---	--------------

ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Asma / Broncoespasmos a repetición	☐	☐	Falta o no funcionamiento de algún órgano	☐	☐
Celiaquía	☐	☐	Enfermedad oncohematológica	☐	☐
Problemas / Condiciones cardíacas	☐	☐	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	☐	☐
Presión arterial elevada	☐	☐	Otro problema en los huesos o articulaciones	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	☐	☐
Alteraciones sanguíneas	☐	☐	Problemas de piel	☐	☐
Quemaduras moderadas o severas	☐	☐			

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	☐	☐	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	☐	☐
Dolor fuerte en el pecho	☐	☐	Palpitaciones	☐	☐
Mareos	☐	☐	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	☐	☐

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o por NO y en caso afirmativo, completar las últimas columnas)

	SI	NO	¿Cuántas veces?	Indique la/s causa/s o diagnóstico/s
Internación en sala común	☐	☐		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	☐	☐		

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO	¿Requirió internación?	SI	NO	¿Requirió internación?	SI	NO
Medicamentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Picaduras de Insectos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	
Vacunas	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	☐	☐	☐ SI ☐ NO	
Alimentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Otras	☐	☐	☐ SI ☐ NO	

¿Tiene disminución auditiva? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa audífonos? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene disminución visual? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa lentes? ☐ SI ☐ NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿cuál?

¿Tuvo alguna operación? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo? ¿en qué año?

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

¿Algún familiar directo padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años	☐	☐	Tos crónica	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Celiaquía	☐	☐
Problemas cardíacos	☐	☐			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito:	Sector de gestión: ☐ Estatal ☐ Privado
Nombre escuela:	N°:
A completar por el establecimiento: Clave provincial:	CUE:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA

(Completar solo si el año pasado o este año asistió a otro establecimiento)

País: ☐ Argentina ☐ Otro país (especificar):

Solo para quienes marcaron opción Argentina:

Provincia: ☐ Buenos Aires ☐ Otra (especificar):	Distrito:
Nivel/Modalidad:	Sector de gestión: ☐ Estatal ☐ Privado
Dependencia: ☐ Oficial ☐ Municipal ☐ Nacional ☐ Privada ☐ Otros organismos	
Nombre escuela:	N°:

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en: ☐ Ciclo Básico ☐ Ciclo Superior ☐ Aula de Fortalecimiento ☐ Escuela Profesional Secundaria	
Orientación:	Año: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7
Turno solicitado: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Vespertino ☐ Noche	
Jornada: ☐ Simple ☐ Extendida ☐ Completa / Doble escolaridad	

CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marcar solo una opción)

☐ Ingresante al Nivel ☐ Promovida / Promovido ☐ Reinscripta / Reinscripto ☐ Repitente

INCLUSIÓN

¿Cursa con proyecto de inclusión? ☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, marque con una cruz lo que corresponda:

☐ Concorre a una Escuela Especial a contraturno y cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

☐ No concorre a una Escuela Especial pero cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

¿Cursa con acompañante asistente externo? ☐ SI ☐ NO

EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Asiste a alguna de las siguientes instituciones?

Centro Educativo Complementario (CEC): ☐ SI ☐ NO

Centro de Educación Física (CEF): ☐ SI ☐ NO

Escuela de Educación Estética: ☐ SI ☐ NO

SERVICIO ALIMENTARIO ESCOLAR

En caso de que la institución cuente con el servicio:

¿Solicita la incorporación en el Servicio Alimentario Escolar?

☐ Comedor ☐ Desayuno y Merienda

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 1

Vínculo con estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Tutora ☐ Otro

Apellido/s: Nombre/s: Nacionalidad:

¿Posee DNI argentino? ☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico ☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO

¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: N°: ☐ NO

Profesión u ocupación: ¿Asistió a algún establecimiento educativo? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐ Superior Universitario ☐ Posgrado

¿Completó ese nivel? ☐ SI ☐ NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ Estudia ☐ Trabaja ☐ Busca trabajo ☐ Realiza tareas de cuidado no pagas ☐ Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO

Convive con la o el estudiante: ☐ SI ☐ NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: N°: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono: (cód. área:) Teléfono celular: (cód. área:)

Correo electrónico:

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 2

Vínculo con estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Tutora ☐ Otro

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____ Nacionalidad: _____

¿Posee DNI argentino? ☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico ☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino: _____

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO

¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: _____ N°: _____ ☐ NO

Profesión u ocupación: _____ ¿Asistió a algún establecimiento educativo? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐ Superior Universitario ☐ Posgrado

¿Completó ese nivel? ☐ SI ☐ NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ Estudia ☐ Trabaja ☐ Busca trabajo ☐ Realiza tareas de cuidado no pagas ☐ Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO Convive con la o el estudiante: ☐ SI ☐ NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Torre: _____ Depto: _____

Entre calle: _____ y calle: _____ Otro dato: _____

Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

Teléfono: (cód. área: _____) Teléfono celular: (cód. área: _____)

Correo electrónico: _____

RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____

Tipo de doc: _____ N°: _____ Describa restricción: _____

La restricción solo operará en caso de acompañarse la resolución judicial certificada.

A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

N° de Legajo: _____ N° de Matriz: _____ N° de Folio: _____

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

La persona abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Firma persona responsable: _____ Aclaración: _____

Fecha de inscripción: ____ / ____ / ____ Firma Directora o Director: _____

EDUCACIÓN FÍSICA - ESCUELA SECUNDARIA CICLO 2026

PLANILLA DE SALUD – AUTORIZACION PARA LA REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA

El/la que suscribe, padre, madre, tutor o responsable legal toma conciencia y autoriza a su hijo/a **ALUMNO/A**..... del Colegio del Sol de Monte Grande, DNI.....que cursa Año....., a realizar Educación Física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes y a concurrir al Campo de Deportes los días Lunes y Miércoles según los horarios establecidos por la Institución Establecidos para el presente Ciclo Lectivo.

Autoriza a su hijo/a a retirarse sólo/a o acompañado/a al finalizar su horario de **contraturno**:

☐ SOLO/A

☐ ACOMPAÑADO/A

En caso que la respuesta sea **ACOMPAÑADO/A**, especifique quien retirará al alumno

Apellido y nombre.....

Dni

Celular

Marcar con una “ ” donde corresponda si su hijo/a ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades o lesiones en los períodos que indica el cuestionario.

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? (Diabetes, Metabólicas, Cardiopatías infecciosas, Cardiopatías congénitas, Hernias inguinales, etc.)

SI: ☐ NO: ☐Cuál?.....

¿Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos?

SI: ☐ NO: ☐Cuál?.....

¿Presenta alguna limitación física?

SI: ☐ NO: ☐Cuál?.....

¿Durante los últimos tres años fue internado alguna vez?

SI: ☐ NO: ☐Motivo

¿Tiene algún tipo de alergia?

SI: ☐ NO: ☐Cuál?.....

En caso afirmativo, describa como se manifiesta.....

Ha padecido en fechas recientes: Hepatitis (60 días), Sarampión (30 días), Mononucleosis infecciosas (30 días)

SI: ☐ NO: ☐Cuál?.....

¿Tiene la vacuna antitetánica?

SI: ☐ NO: ☐Fecha en que se la aplicó

¿En caso de accidente autoriza a trasladar al niño al centro asistencial más cercano?

SI: ☐ NO: ☐Avisar al familiar: Nombre y Apellido.....
Celular:.....Parentesco:.....

NOTA: En caso de contestar afirmativamente algunos de los ítems del cuestionario, deberá presentar conjuntamente con este cuestionario el certificado médico que indique si puede o no realizar Educación física.

FIRMA Y ACLARACION DEL PADRE, MADRE O TUTOR.....

AUTORIZACIÓN - ESCUELA SECUNDARIA CICLO 2026

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A:

AÑO:..... SECCIÓN: TURNO:

Yo.....con dni..... y yo,
con dni declaro ser responsable del ingreso como así también del egreso del
Establecimiento de mi hijo/a ALUMNO..... del Colegio del Sol
de Monte Grande, DNI.....que cursa Año....., en el presente ciclo lectivo 2026,
en los horarios establecidos.

Autoriza a su hijo/a a retirarse sólo o acompañado al finalizar su horario del **ESTABLECIMIENTO** según los horarios
establecidos para la jornada escolar:

☐

SOLO

☐

ACOMPañADO/A

En caso de demoras o urgencias, el personal del Colegio podrá comunicarse a los siguientes telefonos, cuyas personas
son autorizadas expresamente por mi al retiro del alumno.

Apellido Y Nombre	DNI	Parentesco	Celular
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

ACLARATORIA: Ninguna de las personas autorizadas en el presente ciclo podrá efectura el retiro sin presentar la
documentación que acredite su identidad.

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PADRE MADRE O TUTOR RESPONSABLE DEL ALUMNO: _____

DNI: